TRAVAUX ORIGINAUX

—

L'exophtalmie unilatérale dans la maladie de Basedow,

Par le Dr A. Trousseau.

Le Dr J. Terson (de Toulouse) vient d'attirer l'attention sur les signes oculaires unilatéraux du goitre exophtalmique (*La Clinique ophtalmologique*, 25 mars 1902). Il est certain que la présence d'une exophtalmie unilatérale éloigne plus qu'elle ne précise le diagnostic de maladie de Basedow, et peut induire en erreur un clinicien consommé. Je suis pourtant convaincu que le travail du Dr J. Terso éveillera les souvenirs de quelques-uns d'entre nous et les incitera à publier des faits analogues, moins rares qu'on ne le croirait de prime abord, qui ne tarderont pas à s'accumuler quand la bilatéralité de l'exophtalmie basedowienne ne sera plus un article de foi. Actuellement, beaucoup de neuro-pathologistes qui, en présence d'une double protusion du globe, se rallieraient volontiers au diagnostic de goitre exophtalmique, seraient certainement disposés à l'éliminer en l'absence d'autres signes, si celle-ci ne se manifestait que d'un côté.

Il y a 5 ans, une femme de 42 ans, nerveuse, impressionnable, cachectique, atteinte d'exophtalmie unilatérale, alla visiter un spécialiste pour les maladies nerveuses, qui ne songea nullement à la maladie de Basedow, et renvoya la malade à un oculiste ; celui-ci, vu la protusion d'un seul globe oculaire et l'état général grave de la patiente, malgré qu'il avouât ne rien trouver de bien net dans l'orbite, porta le diagnostic de tumeur cancéreuse et fit entrevoir la possibilité d'une détermination opératoire. La malade fut effrayée, vint me consulter ; je crus pouvoir la rassurer vu l'intégrité de l'orbite, et je lui dis que si elle avait pareil phénomène des deux côtés, je croirais volontiers à un goitre exophtalmique, surtout qu'elle souffrait d'une accélération notable du pouls ; pourtant, je ne fis pas le diagnostic ferme ; je réclamai une nouvelle entrevue après 6 mois écoulés. La patiente consulta encore plusieurs médecins, un seul songea au goitre, mais recula aussi devant l'affirmation à cause de l'unilatéralité de la protusion. Celle-ci augmenta, puis diminua, augmenta de nouveau sans que jamais rien ne pût être révélé dans l'orbite ou dans les cavités voisines. Depuis deux ans, l'hypertrophie thyroïdienne est apparue, la tachycardie s'est prononcée et le diagnostic semble évident, même à ceux qui s'étaient montrés sceptiques au début. L'état général de la patiente s'est encore aggravé et elle déplore les tâtonnements qui lui ont enlevé le bénéfice d'un traitement hâtif.

Grasset (cité par Terson) dit qu'on a trouvé l'exophtalmie unilatérale dans quelques cas tout à fait exceptionnels *dont le diagnostic peut même être contesté* ; ne serait-ce pas dans des cas analogues à celui que je viens de rapporter ?

Je fus appelé, il y a à peine deux mois, pour me prononcer sur l'état d'une dame étrangère, âgée de 56 ans, qui est atteinte depuis 25 ans d'une maladie de Basedow des plus caractérisée et qui, depuis deux ans, souffrait d'irritations répétées (ulcères légers de la cornée, conjonctivite) de l'œil droit. Je remarquai immédiatement que cet œil était repoussé au dehors et j'attribuai sa susceptibilité à sa situation exposée. J'explorai l'orbite, les sinus, etc., ne trouvai rien d'anormal et, allais renoncer à un diagnostic précis quand on m'informa de la maladie générale. Je n'eus pas de peine à reconnaître l'origine vraie de l'exophtalmie affirmée encore par la présence des signes de Stellwag et de Graeffe. Inutile de dire que le médecin traitant m'objecta énergiquement l'unilatéralité du phénomène.

Je vois de temps en temps une dame de 38 ans, nettement basedowienne, qui a eu pendant plusieurs années une double exophtalmie, laquelle s'est tellement atténuée d'un côté qu'à un examen superficiel on pourrait croire qu'elle est unilatérale, quoiqu'il existe du côté affaissé les signes de Stellwag et de Graeffe. Il n'y a qu'une bien petite marge de cette situation à la disparition de la protusion.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

Peut-être, dans quelque temps, cette dame n'aura-t-elle plus qu'une exophtalmie unilatérale.

Ce fait donnerait quelque crédit au récit d'une de mes clientes (récit que j'avais eu peine à croire) qui, au cours d'un goitre exophtalmique manifeste, présenta une protusion caractéristique de l'œil droit et affirme énergiquement que celle-ci n'est survenue qu'après la disparition de semblable protusion de l'œil gauche aujourd'hui devenu tout à fait normal.

Que les neuro-pathologistes et les ophtalmologistes prennent en considération les cas de Terson et les miens et ils cesseront bientôt d'affirmer l'obligation de la double exophtalmie dans la maladie de Basedow.

II

Tuberculose cutanée et tuberculose du tractus uvéal. Amputation du segment antérieur et éviscération de l'œil.

Par le Dr Camille Fromaget (de Bordeaux).

Je viens d'observer un jeune homme dont le cas est intéressant à plusieurs points de vue.

Le 4 mai 1901, se présentait à ma consultation le jeune Henri P... âgé de 15 ans, originaire de Jarnac (Charente).

La mère est morte à 33 ans d'une affection mitrale ; le père, vivant, est très vigoureux. Il a deux frère et sœur dont la santé a toujours été excellente.

Pendant son enfance il a été souvent enrhumé. Depuis plusieurs années, il est devenu robuste : c'est un bel enfant très développé pour son âge. Il présente un peu le facies adénoïdien et j'apprends qu'il a été opéré quelques mois auparavant de végétations adénoïdes par un confrère d'Angoulême.

Depuis seize mois, Henri P.. souffre de l'œil gauche. La première crise remonte au mois de décembre 1899 et dure jusqu'en février 1900. Après une accalmie assez longue, une nouvelle poussée éclate en janvier 1901. Depuis lors, il souffre beaucoup ; un oculiste consulté a déjà proposé une iridectomie, le père serait heureux d'avoir mon avis.

Un examen rapide permet de voir qu'il existe une irido-choroïdite avec *séclusion pupillaire complète*. La portion médiane de l'iris est refoulée en avant par l'humeur aqueuse.

La région ciliaire interne est notablement bombée, il y a un staphylome sur une étendue de 5 à 6 millimètres. La tension oculaire est notablement augmentée (T, + 2). Je recommande, pour parer aux accidents glaucomateux secondaires, d'instiller des myotiques et j'insiste sur la nécessité d'une iridectomie. La vision a presque disparu : le malade compte à peine le doigt à 40 centimètres.

Le 13 mai 1901, je pratique une iridectomie supérieure. Le 20 mai, l'œil est devenu très mou (T, — 2) et je vois dans l'épaisseur de la cornée, à la partie interne, deux petits points grisâtres vers lesquels se dirigent des vaisseaux nés de la périphérie. Immédiatement, je pense à un semis tuberculeux et la nature de l'irido-choroïdite s'éclaire.

Le 29 mai, la chambre antérieure est reproduite, la tension est diminuée, le staphylome ciliaire reste stationnaire, les douleurs ont tout à fait disparu, la vision est de 1/12.

Le malade part guéri de ses accidents glaucomateux avec une vision bien meilleure.

Je suis partisan de n'intervenir contre la tuberculose oculaire que si les symptômes locaux s'aggravent.

Le 8 août 1901, les lésions de la cornée ont augmenté ; le staphylome ciliaire est plus volumineux, mais la *tension est toujours inférieure à la normale.*

Je prescris en attendant un traitement ioduré et hydrargyrique, bien que les lésions ne rappellent nullement la syphilis et que les gommes hérédo-syphilitiques de cette région soient encore à démontrer.

Vers le 15 janvier 1902, l'œil s'enflamme de nouveau et les progrès du mal obligent le malade à venir me trouver.

A ce moment, je note une injection conjonctivale et épithéliale intense : Les 2/3 de la cornée sont infiltrés et vascularisés ; l'iris est envahi par des produits grisâtres. Le staphylome a augmenté ; il présente l'aspect d'un petit haricot, ulcéré à la partie supérieure, de couleur gris rosé, il offre l'aspect d'une masse fongueuse, la tension est très abaissée (T — 3).

Le diagnostic de tuberculose oculaire n'est pas seulement basé sur l'évolution de l'affection choroïdienne. En examinant avec soin le

jeune homme, je trouve sur l'avant-bras droit, sur la fesse gauche, des cicatrices et des nodules lupiques. Au niveau du menton, existe aussi un petit nodule et, tout à côté, une gomme superficielle grosse comme une noisette. En interrogeant le malade et son père, j'apprends que le lupus de la cuisse date de quatre ans environ ; il a précédé de deux ans à peine les lésions oculaires.

Tous les autres organes sont sains.

Il est donc certain que la tuberculose de l'œil est consécutive à l'affection cutanée.

En présence de la perforation de la coque oculaire, et de la formation d'un fongus grisâtre, je me décide à pratiquer l'ablation du segment antérieur de l'œil et l'exentération si la chose est nécessaire.

Opération. — Le 22 janvier 1902, après une anesthésie générale par le chloroforme, je commence, comme si je devais pratiquer l'amputation du segment antérieur d'après mon procédé.

1° Je dissèque la conjonctive jusqu'à l'équateur et je passe un fil de soie pour effectuer la suture en bourse ;

2° Je saisis avec un crochet à strabisme les quatre muscles droits les uns après les autres et je passe dans chaque tendon un fil de catgut que je rabats sur les côtés : ces fils sont destinés à soulever et à manœuvrer comme on le désire la coque oculaire pour faciliter l'exentération ou à être noués en croix au-devant du vitré dans les staphylectomies, pour renforcer la suture conjonctivale ;

3° Avec un couteau de Grœfe, je ponctionne aussi loin que possible en arrière du foyer néoplasique et j'ampute tout le segment antérieur de l'œil ; la partie interne de la section passe juste en avant de l'insertion du muscle droit interne.

4° L'œil soulevé et maintenu béant par les aides qui tiennent en main les quatre fils de catgut, j'inspecte le contenu du globe et je vois que jusqu'au pôle postérieur la choroïde présente des foyers disséminés ;

5° Je pratique l'évidement complet de l'œil et cela est d'une extrême facilité lorsque l'œil est fixé et maintenu comme je l'ai indiqué.

6° Quand il ne reste plus aucun débris, je nettoie la coque sclérale avec des tampons de gaze stérilisée, je fais une toilette complète, m'assure que l'hémostase est parfaite ;

7° Je noue les catguts en croix, celui du droit supérieur avec celui de l'inférieur, l'externe avec l'interne.

Je serre les fils de soie qui suturent en bourse la conjonctive au-devant.

Ainsi se trouve réalisé le *procédé idéal de l'éviscération.*

J'ai présenté le malade guéri au bout de trois semaines à la Société de médecine de Bordeaux. Le moignon était très joli et d'un volume très notable. L'examen histologique de la pièce, pratiqué dans le laboratoire de notre ami le professeur agrégé Sabrazès, a montré l'existence indéniable de la tuberculose. Nous nous dispenserons d'y insister ici.

L'étude de ce cas me semble mériter quelques réflexions.

Sans être exceptionnelle, la tuberculose oculaire connue depuis l'observation classique de Gradenigo (1868) est une affection assez rare qu'on n'observe guère que dans l'enfance ou l'adolescence.

Les accidents glaucomateux constatés dès le début étaient dus, non pas à l'évolution de la tuberculose mais à la séclusion pupillaire. Dès que, par une iridectomie, j'ai rétabli la communication entre les deux chambres l'hypotonie a été constante.

La tuberculose oculaire, qu'on aurait pu croire tout d'abord primitive, était consécutive à la tuberculose de la peau. Les cas analogues ne sont pas bien fréquents, car c'est presque toujours à la suite des lésions pulmonaires qu'on l'a rencontrée. Le cas de H. Coppez peut en être rapproché.

Le traitement que nous avons pratiqué est nouveau en ce que nous avons cru devoir conserver la sclérotique.

Le traitement classique, admis par les uns, combattu par les autres, est l'énucléation ou l'abstention.

Il est certain que lorsque les lésions viscérales dominent la scène, il est bien inutile d'énucléer un œil dont la coque a résisté à l'atteinte de la tuberculose. L'énucléation ne paraît légitime que s'il est bien démontré qu'aucun autre foyer tuberculeux plus important n'a été découvert.

Mais lorsque le processus tuberculeux a amené la destruction de la cornée et de la région ciliaire, pourquoi ne pas traiter cela

comme les foyers tuberculeux ordinaires, par le curettage ?

Le curettage idéal de l'œil, c'est l'éviscération. Cette opération est rendue facile par l'artifice que nous employons. La sclérotique indemne de lésion est conservée.

Si l'on peut drainer la cavité, la chose est des plus faciles. L'exentération me semble devoir être mise en parallèle avec l'énucléation. Le moignon obtenu est beaucoup plus volumineux, tout autant que celui obtenu par les greffes d'yeux de lapin qui ont été tentées et la prothèse ultérieure sera plus parfaite qu'après l'énucléation. Celle-ci ne sera pratiquée que si la sclérotique elle-même présente des lésions qui nécessitent son ablation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

VIII[e] CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

A la mémoire du D[r] N. J. Pirogow.

Moscou du 16-23 janvier

Section d'ophtalmologie,

Séance du 17 *janvier*. Présidence du professeur Ewetsky

D[r] Golowine — **La chirurgie de l'orbite et des sinus voisins : a) Du traitement chirurgical de l'exophtalmie pulsatile : b) Les empyèmes du sinus frontal et leur traitement : c) Les tumeurs du nerf optique et l'opération de Krönlein.**

a) A propos du traitement de l'exophtalmie pulsatile, D[r] Golowine fait remarquer que la ligature de l'artère carotide ne donne pas d'assez bons résultats, tandis qu'une opération locale, qui consiste en une ligature ou même en une excision de la veine ophtalmique dilatée donne des résultats beaucoup meilleurs. L'opération locale peut être combinée avec une opération sur la carotide.

b) Le diagnostic des empyèmes du sinus frontal peut être posé sur les symptômes suivants :

1) Les fistules de la paupière supérieure (en introduisant une sonde on peut facilement poser le diagnostic) ; 2) Des abcès : un abcès de la paupière supérieure est presque toujours un signe de l'empyème du sinus frontal ; un abcès au front peut être confondu avec une gomme. Le traitement chirurgical consiste en une opération ostéo-plastique, qui permet d'ouvrir le sinus et de bien curetter sa cavité.

c) Les symptômes des tumeurs du nerf optique : 1) exophtalmie ; 2) une lésion du nerf optique (atrophie de la papille ; 3) la mobilité de l'œil n'est pas compromise. L'opération de Krönlein doit être recommandée comme une opération qui élargit le champ opératoire.

D[r] Tchemolossow. — **L'hémorrhagie de la rétine dans des cas de l'anémie pernicieuse causée par les vers solitaires.**

L'auteur présente un examen microscopique détaillé, qui montre que les hémorrhagies se forment par diapédèse et ne sont pas accompagnées par des phénomènes inflammatoires.

D[r] Blumenthal. — **Sur la question du traitement de la cataracte secondaire.**

L'auteur présente une pince, à l'aide de laquelle on peut facilement extraire la cataracte secondaire.

Séance du 18 *janvier*. Présidence du D[r] Braunstein.

D[r] Natanson. — **De la diminution du travail causée par une lésion de l'œil et du mode de taxer le degré de cette diminution.**

Pour taxer la diminution du travail l'auteur tient compte des trois faits suivants : 1) vision centrale ; 2) périphérique, champ visuel, et 3) vision stéréoscopique. En faisant une critique des formules, l'auteur trouve que toutes les formules augmentent la vraie perte du pouvoir travailler et pense que la perte d'un œil doit être taxée de 10-15 seulement.

D[r] Maklakow. — **Des faits pratiques pour éclairer la question de la diminution du pouvoir travailler avec perte d'un œil.**

Dans une statistique de 84 borgnes, l'auteur ne trouve presque aucune diminution de l'argent gagné par le travail, mais quand

même il pense que la formule des borgnes ne peut pas être diminuée, parce que les borgnes pouvant bien travailler ne peuvent trouver aucun travail; les règlements des chemins de fer et d'autres établissements ne permettent pas de prendre des borgnes au travail.

Dr Braunstein. — **De la diminution du pouvoir travailler causée par une lésion de l'œil.**

L'auteur critique les formules et veut augmenter la taxe des borgnes jusqu'à 50.

Séance du 20 *janvier*. Présidence du Dr Tchemolossow.

Dr Roudine. — **Une nouvelle méthode d'iridectomie.**

Dans des cas de leucomes totaux, l'auteur conseille de faire une section de la cornée près du centre dans la partie opaque et puis, avec une pince, de déchirer l'iris. Cette opération dans des cas inopérables donne une vision = compte des doigts à une distance de 1/3 mètre.

Dr Rubinowitsch. — **De la blennorrhée du sac lacrymal des nouveau-nés.**

L'auteur dans 23 cas obtint une guérison sans un traitement chirurgical et seulement dans un cas il fut obligé d'introduire la sonde ; il conclut que l'introduction de la sonde dans cette maladie n'est pas nécessaire.

Dr Braunstein. — **Sur le mode de l'extraction des morceaux de fer de l'intérieur de l'œil.**

L'auteur comparant les appareils de Hirschberg et de Haab tire cette conclusion, que dans les cas où on ne peut atteindre le corps étranger sans pénétrer dans le corps vitré, il vaut mieux opérer avec l'instrument du Dr Hirschberg, tandis que l'électro-aimant de Haab doit être employé dans des corps étrangers de grand volume et encapsulés.

Prof. Ewetzki. — **Sur la question du traitement des processus purulents de l'œil.**

L'auteur recommande vivement l'introduction dans l'œil de l'iodoforme par la méthode de Haab. Dans 4 cas il obtint un résultat tout à fait satisfaisant.

Séance du 20 *janvier* (*La séance du soir.*) Présidence du Prof. Bellarminow.

Dr Logetschnikow : **Sur la question du trachome et de sa registration.**

L'auteur pose des conclusions suivantes :

1° Pour pouvoir lutter contre le trachome, il faut bien connaître cette maladie et ne pas la confondre avec la conjonctivite folliculaire ;

2° Comme trachome doivent être considérés les cas d'une infiltration profonde des tissus, avec hypertrophie de la conjonctive et formation des cicatrices.

3° Seulement cette forme de trachome doit-être enregistrée.

Dr Lawrentiew. — **Sur la question de la propagation du trachome en Russie.**

Dr Poutiata. — **Du traitement du trachome.**

Dr Walk. — **Du traitement du trachome.**

La communication du Dr Lawrentiew donne des nouveaux faits pour juger la question de la propagation du trachome en Russie et montre que cette maladie se rencontre chez les Russes de 5-10 fois moins souvent que parmi les autres nationalités habitant la Russie.

Les communications des Drs Poutiata et Walk ne présentent rien de nouveau.

Séance du 21 *janvier*. — Présidence du Dr Roudine.

Prof. Bellarminow. — **Des faits statistiques sur la question du secours ophtalmalogique en Russie.**

Cette communication dessine un tableau très triste du secours ophtalmologique en Russie, où il n'y a qu'un spécialiste oculiste sur 574.225 malades.

(*Wiestnik Ophtalmologii*, N° 1, 1902.)

Dr Selenkowski. — **Les bactéries de la dacryocystite des nouveau-nés.**

Dans un cas observé par l'auteur, il trouva staphyloccus aureus. Ce microbe pénétra dans le sac lacrymal du sac conjonctival. Ordinairement, la dacryocystite des nouveau-nés est une maladie très légère, mais quelquefois on peut rencontrer une forme grave avec des microbes virulents.

Dr Kraiski. — **Observations ophtalmologiques.** — 1° Aniridia completa congenita bilateralis, 2° Cataracta centralis congénita hereditaria, 3° Deux cas d'ulcus induratum de la paupière.

Dr Nikolski. — **Un cas de panophtalmie de nature paludéenne.**

L'auteur décrit un cas de panophtalmie métastatique, la seule cause duquel pouvait être la malaria. Le traitement par la quinine améliora l'état général et celui de l'œil malade.

A. Maklakow.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME UNI

Séance du 30 janvier 1902.

Présidence de M. David Litte

Dr C. O. Hawthorne fait une communication sur la **thrombose intracrânienne** comme cause déterminante de la névrite optique double, dans les cas de chlorose.

M. Johnson Taylor, sir William Gowers, Dr James Taylor, M. Ernest Jones, prennent part à la discussion.

G. A. Berry. — **Le traitement de cicatrices cystoïdes suites de l'extraction de la cataracte.** — Il est difficile d'empêcher la formation d'une cicatrice cystoïde après l'extraction de la cataracte ; quand elle se produit, elle constitue un danger vu la grande facilité des micro-organismes à la pénétrer. Il conseille de cautériser légèrement la cicatrice au galvano-cautère et de la recouvrir ensuite avec un lambeau de conjonctive.

Siméon Snell. — **Endothéliome de l'orbite** : Chez une jeune fille de 19 ans, il se produisit un état variqueux des vaisseaux de la partie inférieure du globe occulaire gauche, en même temps que du proptosis. On sentait sur le plancher de l'orbite la surface d'une tumeur molle. Les mouvements de l'œil se faisaient normalement, sauf en bas. Pas d'œdème des paupières. V = 6/6. Le 28 oct. 1901, la tumeur fut entièrement enlevée, à travers la paupière inférieure. L'examen de la tumeur montre qu'il s'agissait d'un endothéliome.

Dartre de la Paupière. — Siméon Snell. — Il s'agit d'un agriculteur de 34 ans qui présentait une dartre de la paupière de l'œil droit, due à un tricophyton, probablement d'origine animale. On en trouvait d'autres sur les bras. Le malade gardait des vaches et l'une d'elles portait au flanc gauche une large tache dépourvue de poils. Les cultures faites avec les poils environnants restèrent stériles. Le malade guérit par des applications de pommade jaune.

Autres communications : Le pourpre rétinien par le Dr F. M. Edridge Green *Dessins présentés* : M. George Keeling : Changement anormal de la réfraction après l'extraction d'un cristallin luxé (luxation congénitale). M. H. R. Belcher Hickman : Un cas de rétinite proliférante. M. G W. Roll : anomalie congénitale de la papille. M. A. W. Ormond : Un cas de double anophtalmos M. J. H. Parsons : coupes microscopiques d'un pseudogliome dû à une membrane congénitale. M. Inglis Taylor : boules métalliques fenétrées du professeur Pflüger dans l'opération de Mules M. Holmes Spices : Un cas de parésie de la 3° paire avec signe d'Argyll Robertson et contraction de la pupille associée à la convergence. M. R. Marcus Gunn : Dépôt anormal sur la surface interne de chaque cornée, d'origine récente et de développement lent.

REVUE CLINIQUE

A. Bourgeois (de Reims). — **Kératectasie totale et kératomalacie partielle.** (*Union méd.-du-Nord-Est, n° 2, 1902*).

Premier cas. — Un tailleur de pierre de 50 ans a subi sur l'œil gauche, il y a 20 ans, un choc violent (coup de poing) qui a produit et laissé un énorme staphylome scléro-cornéen à la partie supérieure. Cet œil était très volumineux depuis son enfance, probablement atteint de buphtalmie.

Le malade vient consulter pour des douleurs de cet œil et l'affaiblissement de la vue de l'autre. Il y a de l'amblyopie nicotinique, mais, par crainte d'ophtalmie sympathique, l'œil malade est énucléé.

L'acuité visuelle de l'œil amblyope est passée en deux jours de 1/20e à 1/10e.

Le globe énucléé a un bon tiers en plus de

son volume normal. La cornée, qui a conservé une partie de sa transparence, est au moins trois fois plus développée qu'une cornée de dimensions normales. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est l'énorme résistance de la cornée qui semblait disposée à se dilater ainsi indéfiniment sans se rompre.

Deuxième cas. — Mlle L... 35 ans, est atteinte, depuis son jeune âge, de paralysie infantile, avec hémiplégie gauche. Outre l'état de faiblesse de tout son côté gauche, particulier à cette affection, elle a, comme conséquence, une main bote gauche. Sans être inintelligente, elle a ses facultés cérébrales peu développées.

Elle a eu des kératites phlycténulaires légères, dans son enfance. Il est resté, sur la cornée droite, une petite taie, qui ne gêne pas la vision.

L'œil gauche était dans le même état, et voyait bien. Lorsque, il y a quatre ans, la situation de cet œil s'est modifiée d'une singulière façon. C'est à ce propos qu'elle est venue consulter. Voici le fait : après avoir eu de vives douleurs oculaires et périorbitaires qui durent quelques heures, ces douleurs cessent rapidement à la suite d'une perforation qui s'établit presque au centre de la cornée. L'humeur aqueuse s'écoule ; la chambre antérieure s'efface complètement. On pratique l'occlusion de l'œil, après avoir instillé de la pilocarpine. Dès le lendemain, tout est rentré dans l'ordre, et au bout de deux ou trois jours, la perforation est fermée et la chambre antérieure rétablie.

Depuis quatre ans, l'auteur a assisté huit fois, par conséquent environ deux fois par an, à la répétition des mêmes phénomènes.

Dans l'intervalle des crises, il n'y a aucune douleur. Il existe seulement un peu d'hypertension.

A la suite de cette succession de perforations, toujours au même endroit, il s'est formé un petit leucome et, à l'éclairage oblique, on note que la cornée a, en cet endroit, une petite facette, qu'elle est légèrement aplatie. De plus il existe quelques vaisseaux superficiels (*pannus tenuis*), de sorte que l'acuité visuelle de cet œil gauche est seulement de 1/50.

Pour mettre fin à cet état de choses, l'auteur a pensé qu'il n'y avait pas d'autre intervention qu'une iridectomie, pour obéir à la même indication que dans le glaucome : abaisser la tension intra-oculaire. Cette opération a été pratiquée le 14 janvier, et, selon tout apparence, donnera un bon résultat.

Il serait assez difficile d'appliquer une dénomination à cette affection, et l'auteur ne voit pas d'autre appellation que celle de kératomalacie partielle, indiquant seulement par là un point de ramollissement ou d'amincissement de la cornée, car le nom de kératomalacie est réservé, en pathologie oculaire, à un état très grave de destruction rapide de la cornée, survenant seulement chez les tout jeunes enfants athrepsiques.

On remarquera que, chez cette malade, c'est l'œil gauche seul qui a été atteint, par conséquent l'œil correspondant au côté hémiplégique. Sans que l'on soit en droit, dans ce cas, de préciser une localisation cérébrale, on peut affirmer seulement qu'il s'agit d'un trouble trophique de la cornée.

L'auteur a cru intéressant de rapprocher ces deux cas, pour bien faire ressortir leur contraste, et mettre en opposition deux manières d'agir de l'exagération de la tension intra-oculaire : d'une part, résistance de la cornée avec ectasie *ad maximum* ; d'autre part, résistance nulle et perforation de la cornée par ramollissement en un seul point (keratomalacie localisée).

L. Demicheri. — **Enorme hémorrhagie choroïdienne et sous-choroïdienne.** (*Archivos oftalmologia*, n° 12, 1901.)

Un homme de trente ans avait un staphylome opaque de la cornée depuis sa jeunesse. En janvier 1897, il vient consulter pour des douleurs violentes de cet œil.

L'œil gauche présentait une forte injection périkératique, la tension très augmentée et de fortes douleurs spontanément et à la pression.

S'agissait-il dans ce cas d'un épisode aigu dans le cours d'un glaucome chronique ou bien d'une irido-choroïdite par infection à travers la cicatrice irido-cornéenne !

L'énucléation fut pratiquée.

Après durcissement dans une solution à 10 pour cent de formol, l'œil fut coupé horizontalement en deux moitiés.

A sa grande surprise, l'auteur trouva une énorme hémorrhagie entre la sclérotique d'une part et la choroïde et le corps ciliaire

d'autre part. L'hémorrhagie s'étendait depuis la partie antérieure du corps ciliaire jusqu'à l'union du tiers postérieur et des tiers antérieurs de la sclérotique.

Comme le corps vitré liquéfié s'est évacué à l'ouverture du globe, on voit le relief circulaire en forme d'anneau complet faisant tout le tour de l'œil, produit par le décollement de la choroïde et de la rétine intimement unies.

De l'examen microscopique complet de toutes les parties il ressort surtout ceci, c'est que l'hémorrhagie paraît être surtout intra-choroïdienne. On voit sur quelques préparations la choroïde divisée en diverses couches qui limitent de véritables loges remplies de globules sanguins qui lui donnent un aspect angiomateux. Probablement, c'est une de ces loges qui en s'agrandissant considérablement a divisé dans une grande étendue la choroïde en deux membranes, une interne, la plus épaisse qui proémine dans le corps vitré ; l'autre plus ténue, réduite en certains endroits à une simple couche pigmentaire adhérente à la sclérotique. En d'autres parties, l'hémorrhagie est en contact immédiat avec la sclérotique, produisant alors un véritable décollement de la choroïde. Il est logique de supposer que le sang d'une des loges a divisé la choroïde dans presque toute son étendue en deux couches et que, déchirant la couche externe il, a donné lieu à un espace inter-choroïdo-sclérotical.

La *rétine*, au niveau de l'équateur, présente une forte infiltration hémorrhagique, qui, en certains points, l'a détruite complètement et transformée eu une bande hémorrhagique. Dans le segment postérieur, la rétine est à peu près normale.

Il s'agit donc, dans ce cas, dit l'auteur, non d'un véritable décollement de la rétine, mais d'une hémorrhagie intra-choroïdienne qui est devenue sous-choroïdienne en certains points. Cette hémorrhagie s'est produite dans un œil qui présente les lésions ordinaires du glaucome secondaire. Dans le véritable décollement spontané de la choroïde, le liquide sous-choroïdien est plus ou moins séreux et cliniquement il s'observe surtout chez les opérés de cataracte depuis que Knapp a appelé l'attention sur ces faits.

Dernièrement Fuchs a démontré sa fréquence et l'a attribuée à des déchirures qui permettent l'infiltration de l'humeur aqueuse dans le tissu du muscle ciliaire et de là son passage au-dessous de la choroïde. D'autres auteurs attribuent au liquide sous-rétinien une origine non hémorrhagique, bien qu'il puisse contenir de nombreux globules sanguins.

Dans le cas de l'auteur, les globules sanguins remplissent tout l'espace choroïdien et sous-choroïdien et il n'y a nulle part indice d'un exsudat plus ou moins séreux.

Les hémorrhagies spontanées énormes de la choroïde sont excessivement rares. On ne les observe guère qu'après l'extraction de la cataracte ou du glaucome (hémorrhagies appelées *expulsives* par A. Terson).

Cette observation est rare, non seulement à cause de l'énorme hémorrhagie choroïdienne et sous-choroïdienne, mais aussi, parce qu'elle s'est produite spontanément dans un œil en état de glaucome secondaire où il semble que la tension intra-oculaire aurait dû empêcher l'épanchement sous-choroïdien.

M. Marquez. — **Tumeur intraoculaire. Glaucome secondaire.** (*Archivos de oftalmologia* n° 12, 1901.)

Une femme de 24 ans se présente en février 1901. Sa vue avait commencé à diminuer depuis le mois de mai 1900, puis s'est complètement perdue. C'est à cause de fortes douleurs qu'elle vient consulter.

Œil droit normal. *Œil gauche* : grande injection des vaisseaux périkératiques et ciliaires antérieurs. Disparition complète de la chambre antérieure par application de l'iris à la cornée ; dilatation moyenne de la pupille. Le cristallin est appliqué à la cornée comprimant contre celle-ci le sphincter pupillaire. Le fond de l'œil est inéclairable. La tension est très augmentée. Diagnostic : tumeur intraoculaire.

Enucléation. La tumeur partait de la papille et se dirigeait en avant entraînant au-devant d'elle la rétine et s'agrandissant en forme d'entonnoir. Par sa base, elle s'appliquait exactement à la face postérieure du cristallin le poussant contre la cornée. L'iris était fortement comprimé surtout en sa partie correspondant au sphincter. Ainsi s'expliquaient tous les symptômes.

L'examen microscopique démontra que c'était un sarcome de la choroïde à cellules fusiformes.

L'auteur pratiqua l'énucléation d'après le procédé classique de Bonnet. Il compare cette opération à celle proposée par Tillaux et se déclare en faveur de la première.

JOCQS.

LIVRES ET THÈSES

Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie génitale de la femme, par le Dr G. ROQUES. (*Thèse de Bordeaux*, 1901-1902.)

M. Roques a limité son sujet à trois groupes étiologiques d'affections cornéennes que semblent déterminer ou du moins favoriser des altérations graves de l'état général.

Si elles se rapprochent de la kératite interstitielle hérédo syphilitique, elles s'en distinguent par certains caractères cliniques assez nets et suffisants pour en faire des formes bien définies. Ce qui les rapproche tient incontestablement à la pathogénie identique qui les provoque. On retrouve en effet un même facteur étiologique déterminant une altération de l'état général, comme dans l'hérédo-syphilis et comme dans le lymphatisme, la scrofulose, des diathèses, et qui provoquent aussi des kératites interstitielles.

On n'est d'ailleurs pas encore fixé sur le processus pathogénique. S'agit-il d'une infection, d'une intoxication, s'agit-il de troubles trophiques ? Cette obscurité se ressent naturellement de celle qui règne encore aujourd'hui sur la nature même de la syphilis et des diathèses.

Les caractères principaux qui permettent de faire des kératites de la syphilis acquise et du rhumatisme etc.., des formes bien définies sont surtout d'ordre clinique. Etiologie, symptomatologie, évolution, gravité, renferment des caractères différentiels. C'est là un point que met bien en évidence le travail de M. Roques.

Le terme de kératite interstitielle est mal choisi, car il ne correspond pas à la lésion prédominante de l'affection qui siège surtout au niveau de l'uvée et de l'iris. C'est le terme d'uvéite ou iridocyclite plastique qu'il faudrait employer. Cependant, cette atteinte de l'uvée est si peu manifeste, surtout dans ces formes particulières, que le symptôme dominant, c'est-à-dire l'infiltration interstitielle de la cornée, peut servir à lui seul à désigner l'affection. Il semble en effet que ce soit là la caractéristique des kératites de la syphilis acquise, du rhumatisme et de la vie génitale de la femme ; l'uvéite, si évidente dans l'hérédo-syphilis, est voilée et passe parfois inaperçue dans les autres formes. Elle est dans tous les cas moins intense, et c'est peut-être pour cela que ces kératites sont plus facilement accessibles aux divers traitements spécifiques.

M. Roques a groupé des matériaux qui seront d'une précieuse utilité à ceux qui voudront constituer plus tard l'étude clinique et pathogénique de la kératite parenchymateuse.

E. AUBARET.

Etude sur la cécité hystérique, ou amaurose hystérique totale et bilatérale, par le Dr J. KERNEIS.

Dans ce travail basé sur l'ensemble des faits connus, M. Kerneis a envisagé les cas où les troubles de la vision d'origine névropathique atteignent simultanément les deux yeux.

Il a décrit ainsi une forme des plus intéressantes de l'amaurose hystérique.

Les faits de ce genre sont d'ailleurs assez rares : l'auteur a pu réunir les 33 observations qui existent dans la science et il y ajoute une observation qu'il a pu suivre lui-même et longuement étudier avec MM. Cruchet et Aubaret. L'amaurose totale dans l'hystérie se retrouve, dans les 2/3 des cas, chez des femmes.

Le mode d'apparition des troubles visuels consiste en attaques de cécité qui surviennent dans des conditions analogues, sous l'influence des mêmes causes provocatrices des autres accidents hystériques.

Les malades atteints sont complètement aveugles ; ils n'ont pas la moindre perception lumineuse et sont dans l'incapacité de se conduire. Les réflexes pupillaires sont conservés, quel que soit l'état de mydriase ou de myosis dans lequel se trouve la pupille.

La symptomatologie de ces troubles s'accompagne de phénomènes des plus variés et parfois des plus inattendus.

Le plus souvent, des troubles de la sensibilité et d'autres accidents hystériques mettent sur la voie du diagnostic.

Mais la simulation, la supercherie, peuvent souvent faire naître des difficultés insurmontables.

E. AUBARET.

Du lavage intra-oculaire par injection et aspiration simultanées après l'opération de la cataracte, par M. le Dr DEVY ; (*Th. de Bordeaux*, 1902.)

Le lavage intraoculaire a subi diverses fluctuations qui l'ont fait tour à tour accepter avec un véritable engouement et laisser peu à peu dans un abandon presque complet.

M. Devy a étudié les causes de cette défaveur si rapide et a montré que l'on avait peut-être trop exigé du lavage intraoculaire et exagéré ses bienfaits. Mieux placé pour juger ce que l'on est en droit d'attendre de lui, il a établi d'une manière irréfutable que l'on a là un moyen de parachever l'opération de la cataracte, non pas dans tous les cas, mais dans des circonstances bien déterminées, alors que tous les autres moyens échouent ou exposent à des dangers plus graves. Ses conclusions, très modérées, mais d'une logique parfaite, ne tendent pas à faire du lavage une méthode générale d'extraction, mais bien un procédé indispensable et précieux qui permettra d'éviter la cataracte secondaire. Quelques ophtalmologistes tels que Dransart, Faye, Vacher, Chibret, Lagrange, lui sont restés fidèles et leur pratique vient bien à l'appui des conclusions de l'auteur.

Ce dernier a d'abord passé en revue les divers appareils mis autrefois en usage pour pratiquer le lavage, en examinant leurs avantages et leurs inconvénients, cela afin de bien montrer la supériorité du lavage à injection et aspiration simultanées due à Chibret. C'est surtout de la technique de cette méthode dont il s'occupe. Il décrit un modèle de seringue à double courant, des plus simples, des plus commodes, et des plus faciles à manier en usage à la clinique du Pr Badal.

Il passe ensuite en revue les indications et contre-indications du lavage.

1° C'est dans ce chapitre qu'il essaie de préciser dans quels cas il est non seulement utile, mais indispensable d'y recourir. C'est du reste dans un petit nombre de cas d'opérations de la cataracte qu'on devra y avoir recours.

2° Le lavage sera pratiqué toutes les fois que les pressions du massage prolongé n'amèneront pas une pupille nette. Il est bien préférable aux massages prolongés.

On aura l'occasion de l'employer dans les cataractes molles, non mûres, intumescentes, ayant des masses corticales gluantes et adhérentes, surtout si l'on ne fait pas l'extraction avec iridectomie.

3° Dans l'extraction du cristallin transparent, — pour les myopies fortes, — il sera utilement employé.

4° Dans les cataractes traumatiques, on l'emploiera dans les mêmes conditions.

5° Le lavage sera pratiqué par la méthode à double courant. Cette méthode permet un lavage sans hypertension ; elle ne cause pas de prolapsus irien et capsulaire ; elle est inoffensive et ne cause pas plus de complications inflammatoires que dans les autres procédés d'extraction.

6° Le lavage ainsi pratiqué diminue de moitié le nombre des cataractes secondaires.

E. AUBARET.

Des hémorragies spontanées du corps vitré, par le Dr Raoul GAILLARD. (*Th. de Bordeaux*, 1901-1902.)

Dans cet exposé de l'état actuel de la question des hémorragies spontanées du vitré survenant chez des adolescents, l'auteur a rassemblé des documents intéressants sur l'apparition, l'évolution et la symptomatologie de ces épanchements sanguins.

Sans résoudre leur problème pathogénique, d'ailleurs rendu difficile par le petit nombre d'observation encore bien observées, M. Gaillard discute les diverses causes auxquelles les ont rattachées les auteurs et montre que leur pathogénie ne peut être toujours identique. Si on les rapproche des hémorragies survenant dans les affections bien définies, telles que le diabète et l'albuminurie, on considérera l'altération de l'état général du sujet comme le facteur prédominant. Hémophilie, azoturie, phosphaturie, hypertrophie cardiaque consécutive à la puberté, hérédo-syphilis, etc., ont été signalées dans les antécédents des malades offrant des hémorragies spontanées du vitré.

Mais très souvent les antécédents n'offrent rien à signaler et l'interprétation des faits devient d'une difficulté insurmontable.

Ces hémorragies évoluent d'une manière des plus variables.

Parfois, cette épistaxis oculaire se résorbe en totalité. Mais un de leur caractère le plus fréquent consiste dans leur récidive.

Leur pronostic reste toujours fâcheux.

M. Gaillard énumère les divers modes de thérapeutique employés, basés sur les diverses conceptions pathogéniques admises par les auteurs, telles que : altération de la crase sanguine, altérations vasculaires, etc. Il insiste sur l'action bienfaisante des émissions sanguines pratiquées dès le début ; sur la cure de pilocarpine et enfin relate les résultats encore inédits que le Dr Fromaget a pu obtenir pour l'emploi du sérum gélatiné à 2 p. % en injection sous-cutanée.

E. Aubaret.

Dr Mohamed Eloui Bey. — **De la conjonctivite granuleuse et de sa prophylaxie dans les écoles.**

CONCLUSIONS

1° Les granulations ont diminué aux écoles de 85 à 30 % dans les cours des dix-neuf dernières années et cette diminution se remarque également, mais en moindres proportions, dans le pays.

2° En dehors des deux formes de la conjonctivite trachomateuse, à savoir : la conjonctivite granuleuse vraie et la conjonctivite papillo-granuleuse dite mixte, il y a une troisième forme de conjonctivite papillaire simple, due aux ophtalmies purulentes, catarrhales, à fausses membranes chroniques et qui ressemble beaucoup à la forme mixte. C'est cette forme, qui devrait avoir le titre de *fausses granulations*, qui est la cause de la confusion régnante jusqu'ici entre les ophtalmies chroniques et la conjonctivite granuleuse.

3° La forme d'hypertrophie papillaire simple laisse après elle des cicatrices, stigmates des granuleux.

4° Les ophtalmies granuleuses sont complètement indépendantes des ophtalmies purulentes et il n'y a jamais, entre celles-ci et les premières, cause à effet.

5° Le moyen le plus fréquent pour la propagation des granulations en Egypte est la mouche.

6° Le moyen prophylactique le plus sûr contre la conjonctivite granuleuse est la propreté.

7° La conjonctivite granuleuse n'est contagieuse que par sa forme sécrétante.

8° La conjonctivite granuleuse n'est pas une maladie de la première enfance (1-3 ans).

Nous terminerons en disant que telles sont en résumé nos idées au sujet de certains points de la conjonctivite granuleuse. Ce sont ces mêmes idées que nous allons émettre au prochain Congrès Médical Egyptien et devant lequel nous sommes prêt à les discuter.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Jules Wolff. — **Sur les mouvements de rétraction du globe dans les lésions congénitales de la musculature externe.** (*Archiv. f. Augenkeilk.*, 44, II.)

Cette affection, décrite 7 fois déjà, a été observée cinq fois par Wolff, et se présente de la façon suivante. La rétraction du globe se produit pendant l'impulsion pour l'adduction qui peut manquer ou se produire, mais toujours d'une manière incomplète. Dans une observation de l'auteur, l'œil droit s'enfoncait à demi dans l'orbite, dans le regard à gauche ! Il se produisait en même temps un rétrécissement de 3 mm. de la fente palpébrale. Ce rétrécissement se montre dans tous les cas et est la conséquence du mouvement de recul de l'œil. Le droit externe de l'œil qui recule est dans tous les cas partiellement ou totalement paralysé. Dans les cas où existe déjà dans la position primaire une rétraction et un rétrécissement de la fente palpébrale, l'impulsion pour l'adduction produit une propre lésion de l'œil et un agrandissement de la fente palpébrale. Quand la rétraction du globe atteint un degré considérable, la cornée fait une rotation en haut ou en bas pendant les mouvements de latéralité de l'autre œil, circonstance où la résistance du nerf optique joue certainement un rôle.

Pour expliquer ces faits, l'auteur admet la théorie de la fixation de Türk, qui prétend que le droit externe est un cordon inextensible, qui fixe l'œil à la paroi externe, en sorte que ce dernier ne peut céder à la traction du droit interne, que s'il se produit un mouvement de rétraction dans l'orbite.

Sedzieck.— **Sur les relations entre les maladies du nez et des yeux.** (*Postemp. Okulistyczny.* 1901 n°4; *Opht. klini.*, n°31902.)

Les relations intimes qui unissent la rhinologie et l'ophtalmologie ont leur raison en partie dans la situation voisine des organes dont s'occupent ces deux spécialités, en partie dans l'action réciproque qu'exercent l'œil et l'oreille dans certaines conditions pathologiques. L'auteur expose quelques considérations anatomiques sur les sinus. Ces sinus sont souvent le point de départ d'affections variées de l'œil. A un point de vue général, les affections, du nez peuvent retentir de quatre façons différentes sur le nez et ses annexes.

1° Par continuité : c'est ainsi que se propagent certaines affections directement des fosses nasales, à travers les voies lacrymales jusqu'à l'œil.

2° Par contiguité : c'est la voie que suivent habituellement les processus suppuratifs des sinus pour envahir l'orbite.

3° Par les troubles de circulation des vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'œil et du nez, car ces deux systèmes ont des liens très étroits.

4° Enfin une grande partie des lésions oculaires est produite par des réflexes qui, partant des fosses nasales, se propagent par le trijumeau.

L'auteur discute ces différents modes de propagation, et signale à ce sujet de nombreux mémoires de rhinologie et d'ophtalmologie, en particulier les monographies de Winkler et de Jonas. Ce dernier auteur va cependant trop loin quand il considère la rétinite albuminurique comme produite par un réflexe parti des fosses nasales.

Le Dr Sedzieck, qui ne va pas aussi loin, recommande un traitement rationnel et méthodique des affections nasales, dont l'amélioration produit la plus heureuse influence sur ces maladies de l'œil.

(Dr Abt trad.)

Dr Herzfeld (Berlin). — **Un cas de nystagmus horizontal consécutif à une affection des canaux semi-circulaires.** (*Deutsch med. Wochensch.* 1901, n°35.)

Un jeune homme de 25 ans, qui avait souffert auparavant d'un écoulement de l'oreille droite, présente une tendance à incliner la tête du côté droit, et à regarder vers en bas. Quand on bouche son oreille droite, apparaissent des nausées, du vertige et une tendance à tomber du côté gauche, du *nystagmus oscillatoire horizontal*, de la mydriase qui disparaît à l'éclairage. (Quand on bouche les deux oreilles le vertige et le nystagmus augmentent). Si l'on insuffle de l'air dans l'oreille droite, apparaît en même temps un *nystagmus qui renverse sa direction quand l'air se raréfie.*

Pendant la cure radicale, on constate que le canal sémi-circulaire horizontal est très aplati et présente une petite ouverture qui rend visible la muqueuse. Quand on touche ce dernier, pendant le sommeil profond, on ne produit pas de nystagmus, qui apparaît toutefois aussitôt que le pansement est fait, et reparaît encore lors de chaque pansement pour disparaître enfin complètement.

L'auteur est convaincu que la cause de tous ces symptômes, et spécialement du nystagmus, est attribuable à la *mise à nu de la muqueuse du canal semi-circulaire* ; son observation semble être la seule où il a été possible, chez l'homme, de *modifier la direction du nystagmus par une pression positive ou négative*, ce que Brener avait déjà obtenu dans ses expériences sur les animaux. L'injection d'air ou la fermeture de l'oreille produisait un nystagmus dirigé du côté malade ; la raréfaction de l'air par aspiration produisait un nystagmus dirigé du côté malade.

(Dr Abt trad.)

Herzfeld (Berlin). — **Nécrose bilatérale du labyrinthe avec paralysie bilatérale du facial et de l'acoustique et remarque sur la fermeture des paupières pendant le sommeil dans les paralysies faciales.** (*Berliner. Klin. Wochensch.*)

A la suite d'une scarlatine se déclare, chez un enfant de 9 ans 1/2, une nécrose bilatérale du labyrinthe et une paralysie faciale, par propagation au canal de Fallope. Ce qui a trait aux yeux nous intéressera seulement. Quand l'enfant essaye de les fermer, les yeux tournent vers en haut et la paupière supérieure s'abaisse pour recouvrir la cornée, mais sans toucher la paupière inférieure. En revanche, pendant le sommeil, les deux yeux sont entièrement fermés. Ce cas montre avec certitude que l'occlusion des paupières pendant le sommeil

n'est pas toujours produite par une contraction de l'orbiculaire seulement. Une explication suffisante n'a pas encore été donnée, D'après l'auteur, il y aurait deux temps dans la fermeture passive des paupières ; d'abord un arrêt dans le tonus des muscles de Müller des 2 paupières, innervés par le sympathique, puis un mouvement de recul de l'œil dans l'orbite. Ce mouvement se produit chez l'animal, sous l'influence du muscle rétracteur du bulbe ; chez l'homme, il peut être produit par l'action des 4 muscles droits, dont les extrémités correspondent cependant à un muscle lisse antagoniste de la capsule de Tenon. Mais comme pendant la nuit, le tonus qui dépend du sympathique cesse probablement ici aussi, ces muscles contribuent d'autant plus à l'occlusion des paupières que la pression des paupières repousse d'une manière passive l'œil en arrière.

(Dr Abt trad.)

E. Rollet. — **500 opérations de cataracte** (*Etude statistique*, *Lyon médical* n° 44, 1901.

L'auteur fait l'extraction sans iridectomie dans la plupart des cas, sauf indications particulières. Le prolapsus irien, dit M. Rollet, me semble réellement prévenu par l'incision cornéenne et non conjonctivale ; si l'on taille le lambeau très périphériquement et si alors l'iris s'engage entre les lèvres de la plaie, malgré sa reposition après l'extraction et malgré l'ésérine, on détermine presque à coup sûr un enclavement.

M. Rollet n'a été obligé d'opérer la cataracte secondaire que dans 0, 5 0/0 des cas. La cataracte secondaire, dit-il, est causée par la rétention de masses et débris incomplètement évacués, mais surtout par une inflammation légère. C'est à l'hypergenèse inflammatoire que l'on doit, lui semble-t-il, rapporter la grande fréquence des cataractes secondaires observée parfois.

Il y a eu parmi ces 500 opérations un cas d'hémorragie expulsive, cinq cas de délire post-opératoire rapidement guéri et une mort par broncho-pneumonie grippale au huitième jour de l'opération.

M. Rollet se sert pour ses lavages antiseptiques préparatoires d'une solution d'hermophényl à 2 0/0.

Dr Etievant (de Lyon). — **Traitement des cataractes commençantes par les solutions iodurées.** (*Lyon médical*, févr. 1901).

Estimant qu'en raison de la marche inévitablement progressive de l'affection, les malades ne peuvent que gagner à l'essai de cette thérapeutique, l'auteur a employé régulièrement, dans tous les cas qui sont passés sous ses yeux depuis deux ans, ce mode de traitement, déjà préconisé par Badal.

Les résultats obtenus s'expliquent facilement par les recherches d'Ulry et de Frézals, qui ont établi que l'œil absorbe en quantité appréciable et beaucoup plus élevée qu'on ne pourrait le supposer les sels d'iode contenus dans les solutions aqueuses et les collyres mis en contact avec la cornée et la conjonctive. Il est d'ailleurs indifférent d'employer l'iodure de potassium ou de sodium, ou le mélange des deux, car c'est l'iode qui joue le rôle principal.

L'auteur insiste sur ce fait que l'iodure ne lui a donné de résultats que lorsqu'il s'agissait d'altérations purement séniles, liées à l'évolution propre du cristallin, c'est-à-dire dans les cataractes appelées, il y a quelques années, *iodopathiques*, et non quand il s'agissait d'une dystrophie de cet organe provoquée par des troubles préexistant de l'œil, principalement du tractus uvéal et de la rétine, c'est-à-dire dans les cataractes *symptomatiques*.

Or, on suppose encore à l'heure actuelle que dans la cataracte idiopathique, c'est l'artério-sclérose des vaisseaux rétiniens, comme chez le vieillard, qui a pour conséquence l'altération du tissu cristallinien. Grâce à son absorption par l'œil, l'iodure aurait dans ces cas sur les vaisseaux rétiniens une action analogue à celle de l'iodure ingéré sur les vaisseaux de la circulation générale.

Signalons en passant l'insuccès complet dans les cataractes diabétiques ou albuminuriques.

L'auteur possède une trentaine d'observations dont il donne les plus concluantes.

Toutefois, malgré ce ralentissement inaccoutumé dans l'évolution des cataractes ainsi traitées, il se garde de généraliser et se borne à attirer l'attention de ses confrères sur des faits qui lui ont paru intéressants pour mériter de nouvelles recherches.

Dr A. Barkan : **Un cas d'embolie (Thrombose d'une branche de l'artère centrale traité et guéri par le massage forcé.** (*Archives of ophtal*, janv. 1902.)

A la suite de troubles gastriques T. E. K., âgé de 38 ans, voit comme un nuage se poser sur son œil droit. Instinctivement, il essaye de le chasser avec la main. Le soir, le nuage s'épaissit, mais aucune douleur ni gêne d'autre sorte. En 48 heures, il ne voyait plus à se conduire du tout ; légère céphalalgie.

La pupille réagit à peine à la lumière ; les doigts sont à peine vus dans le champ visuel temporal extrême. Le fond de l'œil bien visible, malgré un état légèrement poussiéreux du corps vitré. Papille normale ; autour de la macula, zone trouble d'un blanc grisâtre plus marqué en bas, tandis que le centre est d'un rouge cerise. La branche inférieure de l'artère rétinienne paraissait coupée à la sortie de la papille ; en-dessous, elle était absolument filiforme. Il n'y avait pas trace d'hémorrhagies. Les autres vaisseaux avaient leur calibre normal.

Dès ce jour, on pratique 2 fois dans la soirée un massage énergique en comprimant très fortement l'œil dans le fond de l'orbite au moyen des 2 pouces énergiquement appuyés sur la cornée pendant une demi-minute, puis on les relâche brusquement de façon à produire en quelque sorte le vide vasculaire dans l'œil suivi d'un afflux brusque de sang.

Ce massage fut répété plusieurs fois dans la soirée et le lendemain le malade comptait les doigts.

Les massages furent pratiqués ainsi pendant un certain temps, 2 fois par jour, et la vision allait toujours s'améliorant.

Au bout de 6 semaines, V = 1 ; champ visuel normal et fond de l'œil normal à part la branche embolisée qui reste toujours filiforme ; mais il paraît s'être établi une circulation par anastomose collatérale.

Remarque. La vision presque complètement abolie en 48 heures et revenant quelques heures après le massage permet de penser que l'effort thérapeutique a bien été pour quelque chose dans la guérison de ce cas.

Elschnig. — **De la pathogénie des névrites optiques dans les tumeurs cérébrales.** (*Wiener Klinische Rundschau*. Janv. 1902)

L'auteur, après un examen approfondi des différentes théories émises sur ce sujet expose sommairement et clairement ses idées. Sa conviction est que les tumeurs cérébrales agissant sur la papille du nerf optique par les toxines somatogènes et autogènes qu'elles engendrent dans le liquide cérébro-spinal et qui pénètrent jusqu'à la papille par les voies lymphatiques provoquant sur leur passage une névrite interstitielle.

L'élévation de la tension du liquide intra-crânien n'est certainement pas un élément négligeable dans la production de la *papille dite de stase*. Cette hypertension augmente la quantité de liquide qui pénètre dans la gaine du nerf optique et par conséquent la quantité de toxines capables de provoquer la névrite. Cette élévation de tension agissant également en ralentissant la nutrition des tissus. Cet état œdémateux de stase ne fait que compliquer le processus névritique ; c'est ce qui explique l'aspect tout particulier de la *névrite des tumeurs cérébrales* bien différent de la *névrite optique* pure et simple.

Mais il n'est pas besoin de toutes ces circonstances réunies pour provoquer l'*œdème inflammatoire de la papille*. Il est un fait bien connu que des névrites de ce genre peuvent être purement idiopathiques (?) primaires, ou consécutives à une maladie générale dû à un état pathologique d'un organe éloigné.

Il n'y a donc pas lieu de chercher quelque cause mystérieuse à la pathogenèse de la névrite des tumeurs.

Dr Senn. — **Contribution au traitement chirurgical de la myopie.** (*Archiv f. Augenheilkunde*, 43. IV.)

L'auteur a opéré 42 yeux sur 25 patients. 13 patients (23 yeux) étaient âgés de 11 à 30 ans ; 12 patients (19 yeux) avaient de 30 à 63 ans. L'âge moyen est 30 ans. Pour la kératotomie, il faut attacher une grande importance à l'astigmatisme cornéen préexistant. L'incision selon le méridien vertical diminue l'astigmatisme direct, augmente l'astigmatisme inverse. Senn attache une grande importance à la correction cylindrique soignée, après l'opération. 60 0/0 des yeux peuvent être corrigés par des cylindres. L'auteur pense pouvoir enrayer ainsi le développement d'une chorio-rétinite centrale. L'acuité visuelle moyenne avant l'opération était de 0,24 ;

après, elle était devenue 0,56. Sur 18 yeux, à cause de la chorio-rétinite centrale, on a employé en même temps les injections sous-conjonctivales d'oxycyanure d'hydrargyre avec acoïne; sur ces yeux, l'acuité visuelle s'est élevée de 0,14 à 0,72.

Sur 17 opérés des deux yeux, 12 eurent une vision binoculaire suffisante. Un décollement complet de la rétine qui s'était déclaré au moment de l'opération s'est complètement guéri.

MM. Aubaret et Picot. — **Un cas de conjonctivite pseudo-membraneuse chronique.** (*Gaz. hebd. des sciences médicales de Bord.*, 17 fév. 1901.)

Il s'agit d'un cas extrêmement curieux de conjonctivite pseudo-membraneuse chronique localisée à la conjonctive du tarse, ayant débuté le 1er avril 1900 et suivie jusqu'à ce jour.

L'exsudat pseudo-membraneux rebelle à toute sorte de traitement se renouvelle tous les jours avec des périodes d'abondance plus ou moins grande. Les conjonctives ont pris un aspect végétant néoplasique et il est nécessaire d'exciser de temps à autre ces bourgeons extrêmement vivaces. Au moment même où paraît cette courte analyse, actuellement, les bourgeons se reproduisent avec rapidité et se recouvrent de l'exsudat pseudo-membraneux intarissable. Nous avons vainement cherché des cas semblables dans la science.

M. Guérin (Th. de Bord. 1900), qui a essayé de rechercher les cas analogues afin d'établir ce qu'est la conjonctivite pseudo-membraneuse chronique a pu seulement créer une sorte d'entité clinique et montrer que l'état actuel de la bactériologie ne permettait pas d'interpréter des faits aussi exceptionnels.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Traitement des diverses formes de conjonctivite granuleuse par des instillations de solutions aqueuses d'ichtyol.

Préconisé, il y a six ans environ, contre le trachome, en particulier contre la variété aiguë de cette affection, par M. le docteur Eberson, l'ichtyol a été ensuite recommandé par un élève de M. le professeur Panas, M. le docteur G. Jacovidès, surtout comme moyen de traitement de la conjonctivite catarrhale et de la conjonctivite phlycténulaire, et cela sous forme soit de badigeonnages de la conjonctive, soit d'applications de pommade (Voir *Semaine Médicale*, 1897, p. 16). Un médecin militaire russe, M. le docteur Biélévitch, a cependant obtenu, au moyen du même médicament, d'excellents résultats dans les cas de trachome, et les essais institués récemment par un autre médecin militaire russe, M. le docteur A. Popov, sont venus pleinement confirmer les observations de M. Eberson (Voir *Semaine Médicale*, 1900, p. 214) et de M. Biélévitch, tout en montrant que l'ichtyol mérite d'être utilisé dans le traitement de *toutes les formes* de conjonctivite granuleuse.

M. Popov s'est servi d'ichtyol en solution aqueuse à 10 ou 20 0/0, qu'il a employée, non pas en badigeonnages des paupières, mais en guise de collyre. Après avoir retourné les deux paupières et les avoir juxtaposées, il laissait tomber quelques gouttes de solution ichtyolée, en maintenant les paupières dans la même position jusqu'à ce que la sensation de cuisson provoquée par le médicament commençât à se dissiper; puis, il enlevait l'excès du liquide médicamenteux à l'aide d'un petit tampon d'ouate hydrophile.

Notre confrère a traité de la sorte 30 malades, dont 6 étaient atteints de trachome au début, 1 de conjonctivite granuleuse sèche sans complication catarrhale, 6 de trachome compliqué de catarrhe de la conjonctive, et les 17 autres de conjonctivite trachomateuse invétérée, avec infiltration diffuse et hypertrophie du sac conjonctival et sécrétion muco-purulente très abondante. Les patients de la première catégorie ont été guéris dans l'espace de deux à cinq semaines; la conjonctivite sèche a nécessité un traitement d'un mois et demi; chez les malades du troisième groupe, la guérison complète est survenue au bout d'un à deux mois; enfin, en ce qui concerne les 17 patients avec hypertrophie des conjonctives, 4 d'entre eux se trouvaient définitivement guéris au bout de quatre mois, et chez les 13 autres on constatait, à cette époque, une amélioration sensible, se traduisant par la diminution de la sécrétion muco-purulente et de l'épaisseur des conjonctives, ainsi que par l'apparition de petits îlots de tissu sain.

Les instillations de solutions ichtyolées sont généralement bien supportées et donnent lieu

à une sensation de cuisson peu durable et beaucoup moins pénible que celle que déterminent les cautérisations au nitrate d'argent ou au sulfate de cuivre. Toutefois, M. Popov a observé, dans un cas, une véritable idiosyncrasie à l'égard du médicament en question, se manifestant par de l'œdème conjonctival.

Un point d'histoire pharmaceutique

Par le Docteur de LAVARENNE (1).

En France, toutes les fois qu'il le peut, le médecin ne formule plus guère la pilule, il lui substitue le cachet; et il en est de même dans toute l'Europe.

En Amérique, aux États-Unis, il en est autrement. On ne se sert pas, ou à peine, des cachets : pour administrer les médicaments en poudre, on fait usage presque exclusif de capsules gélatineuses appelées gélules.

Or, il y a ceci de particulier, et c'est pour cela qu'il m'a paru intéressant de le signaler, que les *gélules* sont absolument d'invention française.

La gélule se compose de deux capsules gélatineuses, l'une longue, l'autre plus courte, s'emboîtant l'une dans l'autre. Elle se remplit très facilement en appuyant l'ouverture de la capsule longue sur la masse de poudre que l'on veut y faire pénétrer, Elle se ferme hermétiquement par application l'une sur l'autre des parois flexibles sous la tension de la poudre ; la conservation à l'abri de l'air est ainsi obtenue, et il s'ensuit que les gélules peuvent se garder longtemps, une fois préparées.

Les gélules ont aussi l'avantage que l'on peut y enrober des masses pilulaires molles ; ce qui permet de supprimer la confection de pilules, rondes, dures, souvent insolubles et chargées d'excipient inerte, encombrant inutilement l'estomac. On peut également les employer pour absorber les liquides à saveur désagréable, la teinture d'iode, les gouttes amères, par exemple.

En outre, il résulte d'expériences que, dans le suc gastrique artificiel ou dans la gastérine, la gélule se dissout rapidement. Les cachets ne se dissolvent pas dans les mêmes solutions ; ils se gonflent seulement.

(1) In *Presse médicale*.

* * *

Dans la pratique de notre profession, il n'y a pas de détails qui soient à négliger ; il n'y a pas de petits soins, il n'y a pas d' « attentions fines », comme le disait hier Landouzy, qui n'aient leur place dans l'art médical.

Les médecins actuels se désintéressent peut-être un peu trop de ces petits soins à donner aux malades ; ils ne se rendent pas assez compte de l'application de la thérapeutique qu'ils formulent, de l'exécution de leurs ordonnances. Il en était autrement des anciens médecins qui savaient « mettre la main à la pâte », qui se donnaient tout entiers aux « petits soins » ; ils n'ignoraient rien de l'exécution de leurs prescriptions qu'ils formulaient en s'inspirant des goûts et préférences de leurs clients, sachant les adapter au caractère de chacun ; ils en acquéraient d'autant plus d'autorité sur leurs malades.

Il serait à souhaiter qu'il en fût de même aujourd'hui ; et c'est dans cette idée que j'ai pensé être de quelque utilité aux praticiens en leur donnant les renseignements qui précèdent.

INFORMATIONS

Cabinet d'oculiste récemment créé à céder par suite de maladie subite, seul dans département très riche et très peuplé.

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE

Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.

PANSEMENTS AU **CELLULIN HYDROPHILE** (PAPIER DE BOIS DE PIN)

CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE

Fournisseurs des Hôpitaux.

224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : **245-56**